

限度額適用
 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号		南幌		※太枠内を記入して下さい。				
世帯主	住所	南幌町南 線西 番地	南幌町	丁目	番	号		
	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男女
	個人番号							
	世帯主との続柄							
長期入院	該当・非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から		
			平成	年	月	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称					
		所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から		
			平成	年	月	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称					
		所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から		
			平成	年	月	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称					
		所在地						

上記のとおり申請します。 平成 年 月 日							
申請者		住所		南幌町南		線西 番地	
		(居住地)		南幌町		丁目 番 号	
氏名						印	
電話番号							
私は、認定の際の課税状況確認にあたり、私と私の同一世帯員の住民税課税台帳を担当職員が 閲覧することに同意します。 平成 年 月 日							
世帯主氏名						印	

町 処 理 欄	課長		主幹		担当					
	認	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ		確	1 公簿 2 非課税証明書 3 その他		却	理由	
	定	70歳以上	低I・低II		認	()		下		
	交付年月日		年 月 日		発効期日		年 月 日			
	有効期限		年 月 日		長期入院 (日目)		年 月 日			
	長期該当年月日		年 月 日		差額支給		有 ・ 無			
備考										